

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/315739253>

Védőnők kiégettségének összefüggése különböző szociodemográfiai, egészségi és életmódbeli tényezőkkel

Article · August 2016

CITATIONS

0

READS

15

1 author:



Németh Anikó

University of Szeged

39 PUBLICATIONS 13 CITATIONS

SEE PROFILE

Védőnők kiégettségének összefüggése különböző szociodemográfiai, egészségi és életmódbeli tényezőkkel

Burn-out in health visitors and its correlations with socio-demographic, health and lifestyle variables

DR. NÉMETH ANIKÓ – főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport
 associate professor, Section of Health Behaviour and Health Promotion, Faculty of Health Sciences and Social Studies, University of Szeged – e-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu – tel: +36-62/341-814

A szerző rövid bemutatása



DR. NÉMETH ANIKÓ

2009 augusztusa óta a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar munkatársa. Egészségpedagógia és egészségfejlesztés tantárgyakat oktat védőnő, ápoló és gyógytornász hallgatók számára, valamint kutatómunka és statisztikai adatelemzés tantárgyakat dentálhigiénikus és védőnő hallgatóknak. Kutatási területe az egészségügyben dolgozók testi, lelki egészsége, életmódja.

Összefoglaló

A kutatás célja volt felmérni a védőnők kiégettségének mértékét, valamint annak összefüggését a pszichoszomatikus tünetekkel, egészséggel, élettel való elégedettséggel, jól-léttel és a káros szenvedélyekkel. A keresztmetszeti vizsgálatot egy saját szerkesztésű online elérhető kérdőívvel végeztem. A kiégés összefügg a havi túlóra mennyiségével, a munkahelyi stressz mértékével, a negatív jól-léttel, a pszichoszomatikus tünetek meglétével, a táppénzes napok számával, az alvászavarokkal és a nyugtatószedéssel.

Kulcsszavak: védőnők, kiégés, egészség, jól-lét

Summary

The aim of the study was to assess the level of burn-out in health visitors. Its relationship with psychosomatic symptoms, health, life satisfaction, well-being and addictions was also analysed. The cross-sectional study was conducted online by the means of a self-developed questionnaire. According to the results the level of burn-out correlates with the amount of overtime and work related stress. Furthermore, negative well-being, psychosomatic symptoms, days spent on sick leave, sleep disorders and consumption of anxiolytics also significantly contribute to it.

Key words: health visitors, burn-out, health, well-being

Bevezetés

A kiégés egészségügyi dolgozók körében régóta kutatott terület. A burn-out megnevezést legelőször Herbert Freudenberger írta le 1974-ben (10). Érzelmi, fizikai és mentális kimerülés (20), melyet reményvesztettség, negatív önértékelés és negatív attitűdök jellemeznek (18). Létrejöttét számos személyiségbeli, szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel magyarázzák. Kiégésre haj-

lamosító személyiségi jegyek között az extraverziót, lelkiismeretességet, barátságosságot tartják számon (7). A szociodemográfiai tényezők közül a fiatalabb életkor (1;2;14), és a női nem (3;11) jelent kockázatot. Egyes kutatók a házasság (4;17) és gyermeket nevelő (22) egyének, míg mások az egyedülállók vagy özvegyek (21) körében mutattak ki magasabb fokú kiégést, és a gyermeknevelést, mint védő tényezőt azonosították (1;5). A munkahelyi tényezőket tekintve többek között a magas igénybevétel, túlterhelés, és a stresszt írták le oki tényezőként (11;15;26). Összefüggést mutat a szomatikus állapot szubjektív megítélésével (12), a pszichoszomatikus tünetek súlyosságával (13), valamint az alvászavarral, kávé, nikotin, alkohol és gyógyszer abússzal (9) is.

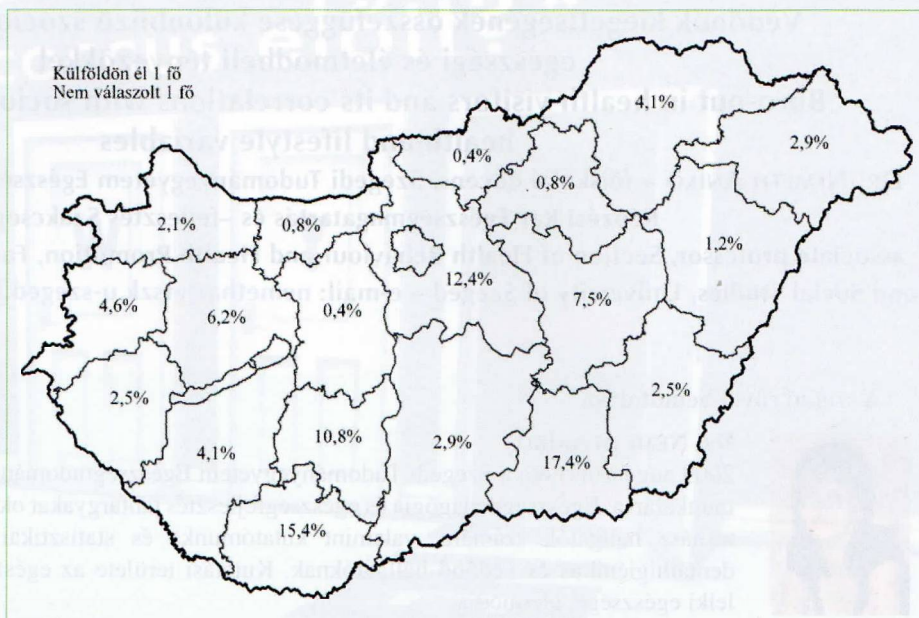
A vizsgálat célja

Hazánkban még nem készült olyan felmérés, mely a védőnők kiégettségének mértékét vizsgálta volna összefüggésben különböző szociodemográfiai, munkahelyi, egészségbeli és életmódbeli tényezőkkel, ezért felmérésem célja volt feltárni a védőnők kiégettségének mértékét, illetve annak esetleges összefüggését az egészséggel, jól-léttel, élettel való elégedettséggel, illetve az alvászavarokkal és a gyógyszerszedési szokásokkal, valamint káros szenvedélyekkel.

Vizsgálati módszerek és minta

Keresztmetszeti vizsgálatomat 2015. október-december hónapokban végeztem egy saját szerkesztésű, önkitöltős online kérdőívvel, mely 44 kérdésből állt. A demográfiai tényezőkre és életmódra vonatkozó kérdéseken túl tartalmazta a kiégés (25), a pszichoszomatikus tünetek (24), a szubjektív egészség (16), a jól-lét (6), és az élettel való elégedettség (8) vizsgálatára szolgáló kérdéssorozatokat is. A kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, valamint ismerősök segítségével terjesztettem egészségügyi dolgozók körében. Az

1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása
(N=241)



összes beérkezett válasz 1368, melyből 1340 bizonyult értékelhetőnek. 28 válaszadót ki kellett zárni dupla válaszadás, illetve nem egészségügyi végzettség miatt. A mintában jelentős arányban szerepelnek védőnők (N=241), ezért érdemes külön is elvégezni rájuk az adatelemzést. Az adatfeldolgozást SPSS 22.0 statisztikai szoftverrel, az adatelemzést leíró elemzéssel, a statisztikai próbákat az adatok jellegéből adódóan korreláció analízissel, χ^2 -próbával, variancia analízissel (ANOVA) végeztem. A szignifikancia szint kritérium határa $p < 0,05$.

Eredmények

A 241 válaszadó védőnő átlag életkora 40,81 év (SD=10,69; Min=23; Max=68), átlag 18,44 éve dolgoznak az egészségügyben (SD=11,61; Min=3 hónap; Max=47 év). Minden megyéből érkeztek válaszok, a legtöbb Csongrád, Baranya, Pest és Tolna megyéből. (1. ábra)

A megyék között nincs szignifikáns különbség a válaszadók átlag életkorában ($p=0,500$; $F=0,968$) és az egészségügyben eltöltött évek átlagában ($p=0,485$; $F=0,981$).

A családi állapotot tekintve 58,1% házas, 11,2% egyedülálló, 10,8% kapcsolatban, 8,7% élettársi kapcsolatban él, 7,9% elvált, 3,3% pedig özvegy. Az átlagos gyermekszám 1,4 gyermek/fő (Min=0; Max=4), 27,8%-nak nincs gyermeke.

A kiégés vizsgálatára egy 21 kérdésből álló mérőeszközt alkalmaztam (25). A válaszlehetőségeket 1-7-ig lehetett pontozni (1=soha; 2=egyszer vagy kétszer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig), a skála megbízható (Cronbach $\alpha=0,895$). A kiégés mértékét egy képlet segítségével kellett meghatározni, majd az így kapott átlagpontok alapján csoportosítani a válaszadókat az alábbi négy kategóriába: az „örökös eufória” (1,9 pont alatt) csoportba a válaszadók 25,7%-a tartozik, a „jól csinálja” (2-2,9 pont) csoportba 35,3%, vagyis ezen két csoport tagjai nem szenvednek kiégésben. 22% tartozik a „változtatás szükséges” (3-3,9 pont) és 17% a „keze-

lés szükséges” (4 pont felett) csoportba. A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiégés tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiégettnek tekinthetők.

A kiégés mértékének összefüggése a szociodemográfiai adatokkal

A kiégés mértéke és az életkor között nem találtam összefüggést ($p=0,834$; $r=0,014$). A családi állapotnak megfelelően kialakított csoportok között nem találtam szignifikáns különbséget a kiégés átlagpontszámát tekintve ($p=0,292$; $F=1,239$). Az özvegyek és az egyedülállók kiégés átlagpontszáma a legmagasabb (3,2 és 3,1), utánuk következnek az elváltak (2,9), majd a házasok és a kapcsolatban lévők (2,7). A legalacsonyabb átlagpontszámmal (2,5) az élettársi kapcsolatban élők bírnak.

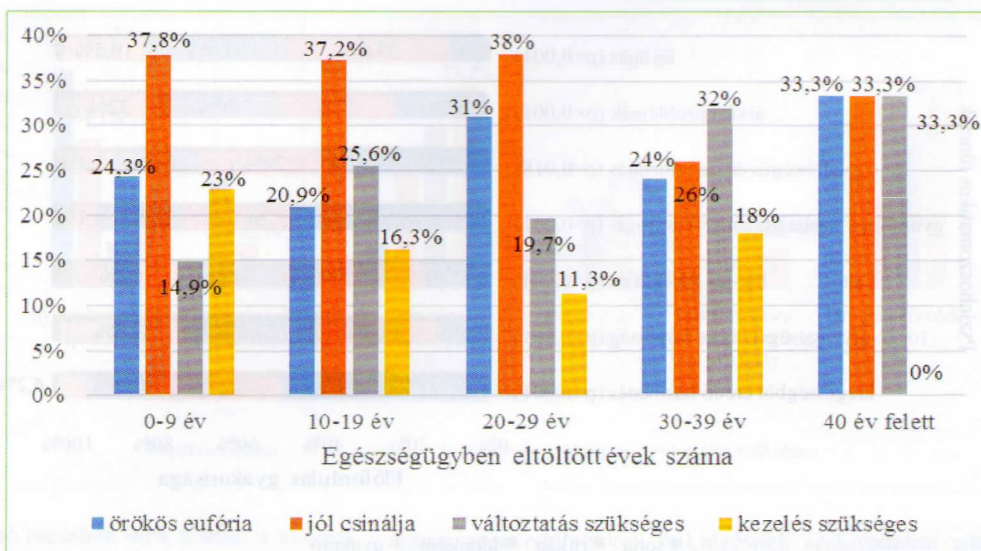
A gyermekszám és a kiégés mértéke között nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,120$). A gyermektelenek (a válaszadók 27,8%-a) 38,8%-a, az egy gyermekesek (a válaszadók 20,3%-a) 46,9%-a, a két gyermekesek (a válaszadók 34,4%-a) 37,4%-a, a három gyermekesek (a válaszadók 15,8%-a) 31,6%-a, a négy gyermekesek (a válaszadók 1,7%-a) 50%-a tartozik a „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” csoportokba.

Kiégés mértékének összefüggése a munkahelyi tényezőkkel

Az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés átlagpontja között nem találtam jelentős összefüggést ($p=0,937$; $r=-0,005$). A 2. ábrán látható, hogy a 20-29 éve, illetve a több mint 40 éve a pályán lévő védőnők több mint 60%-a nem szenved kiégésben.

A kérdőívet kitöltők közül egy fő nem válaszolt a havi túlóra mennyiséggel kapcsolatos kérdésre. A 240 válaszoló havonta átlag 8,96 óra túlórát végez (SD=13,21; Min=0; Max=80). A havi túlóra mennyisége és a kiégés mértéke között pozitív irányú korrelációs kapcsolatot találtam ($p < 0,001$; $r=0,223$), vagyis összefüggés van a sok túlóra és a kiégés között.

2. ábra: Egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés mértéke (N=241)



A munkahelyi stressz mértékét (Mennyire ítéli stresszesnek mindennapi munkáját?) egy négyfokozatú Likert-skálával mértem, ahol 1=egyáltalán nem; 4=teljes mértékben jelentést hordozott. Nem volt olyan védőnő, aki egyáltalán nem érzi stresszesnek a munkáját; 30,7% jelölte a 2-es; 53,9% a 3-as fokozatot; 15,4% pedig teljes mértékben stresszesnek érzi azt. Azon válaszadók közül, akik teljes mértékben stresszesnek ítélték meg mindennapi munkájukat, 78,3% érintett a kiégés által; míg a 3-as fokozatot megjelölők közül 36,2%; a 2-es fokozatot jelölők esetében ez az arány 24,4%. A különbség jelentős ($p<0,001$; $F=28,321$). (1. táblázat)

Munkahelyi stressz mértéke	Kiégés átlagpont	Kiégés kategória			
		örökös eufória (1,9 alatt)	jól csinálja (2-2,9)	változtatás szükséges (3-3,9)	kezelés szükséges (4 felett)
2	2,27	43,2%	32,4%	20,3%	4,1%
3	2,86	21,5%	42,3%	18,5%	17,7%
4=teljes mértékben	3,7	5,4%	16,2%	37,8%	40,5%

1. táblázat: Munkahelyi stressz és kiégés kapcsolata (N=241)

Életérzés, egészség és kiégés kapcsolata

Az étellel való elégedettséget egy öt kérdésből álló, hétfokozatú Likert-skálával mértem (1=egyáltalán nem; 7=teljes mértékben ért egyet az állítással). Maximum 35 pontot lehetett elérni a skálán, magasabb pontszám nagyobb étellel való elégedettséget jelez (8). A válaszadók átlag 22,65 pontot ($SD=6,46$) értek el ezen a skálán. Szignifikáns, fordított irányú korrelációs kapcsolat mutatkozott az étellel való elégedettség és a kiégés mértéke között ($p<0,001$; $r=-0,621$), vagyis minél nagyobb az étellel való elégedettség, annál kevésbé kiégett a válaszadó.

A jól-lét mérésére egy hét kérdésből álló, háromfokú Likert-skálát alkalmaztam, ahol 1=soha; 2=ritkán; 3=gyakran jelentéssel bírt (6). Négy kérdés vizsgálta a

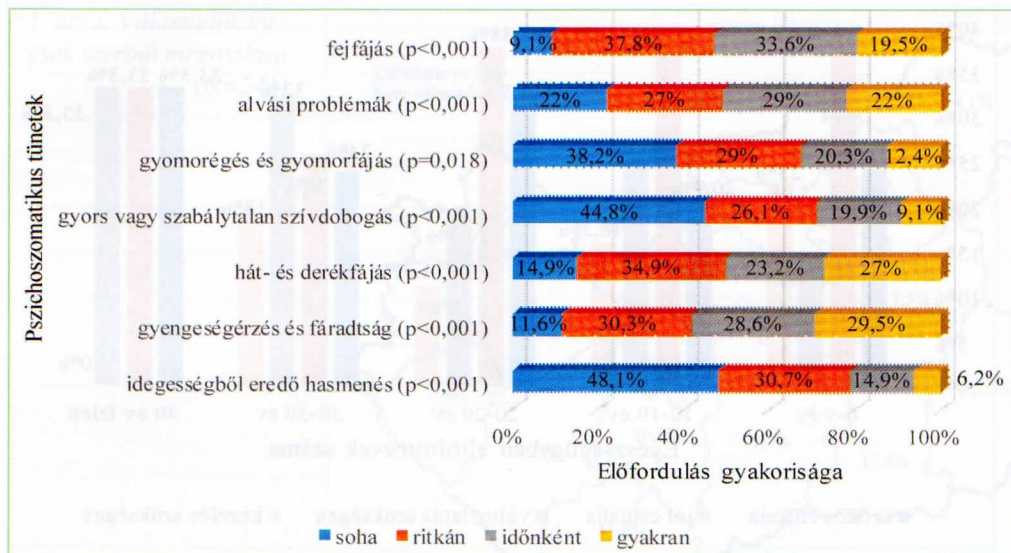
pozitív jól-létet, melyen magasabb pontszám jobb állapotot jelent. A negatív jól-létet három kérdés vizsgálta, magasabb pontszám rosszabb állapotot jelent. A pozitív jól-lét skálán átlag 10,26 pontot ($SD=1,686$) értek el a válaszadók, a negatív jól-léti skálán pedig átlag 5,46 pontot ($SD=1,612$). A pozitív jól-lét és a kiégés között szignifikáns, fordított irányú korrelációs kapcsolatot találtam ($p<0,001$; $r=-0,643$), tehát minél magasabb a pozitív jól-lét, annál kevésbé kiégett a válaszadó. A negatív jól-lét és a kiégés között pedig erős, azonos irányú, pozitív korrelációs összefüggés mutatkozott ($p<0,001$; $r=0,702$), mely azt jelenti, hogy a negatív jól-léti skálán elért magasabb pontszám nagyobb fokú kiégéssel jár együtt.

A pszichoszomatikus tünetek megjelenését egy hét kérdésből álló, 4 fokú Likert-skálával mértem (0=soha; 1=ritkán; 2=időnként; 3=gyakran), melyen összesen 21 pontot lehetett elérni (24). Magasabb pontszám rosszabb pszichoszomatikus állapotot jelent. A válaszadók átlag 9,32 pontot értek el ($SD=4,563$). Leggyakrabban hát- és derékfájás, gyengeségérzés és fáradtság, alvási problémák, valamint fejfájás fordultak elő a megkérdezettek körében pszichoszomatikus tünetként (3. ábra).

A pszichoszomatikus tünetek és a kiégés között pozitív irányú korrelációs kapcsolatot találtam ($p<0,001$; $r=0,623$), minél több pszichoszomatikus tünettel rendelkezik valaki, kiégettségének mértéke is annál nagyobb.

A saját egészség szubjektív megítélésére egy ötfokozatú Likert-skálát alkalmaztam (1=nagyon rossz, 2=rossz, 3=elfogadható, 4=jó, 5=kiváló) (16). A válaszadók átlag 3,47-re értékelték saját egészségi állapotukat. 0,4% értékelte egészségi állapotát nagyon rossznak (kiégés átlagpontszám 5,61); 6,2% rossznak (kiégés átlagpontszám 3,81); 42,7% elfogadhatónak (kiégés átlagpontszám 3,15); 46,9% jónak (kiégés átlagpontszám 2,42); 3,7% kiválóan (kiégés átlagpontszám 1,92). A kiégés által nem érintettek szignifikánsan jobbnak ítélik meg saját egészségi állapotukat ($p<0,001$; $F=16,92$).

A kiégés mértéke az orvoshoz fordulás gyakoriságával is szignifikánsan összefügg ($p<0,001$; $r=0,329$), a magasabb fokú kiégést mutatók gyakrabban járnak orvoshoz. A vizsgálatban résztvevő védőnők a kérdőív kitöltését



3. ábra: Pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága a válaszadók körében (N=241)

megelőző 12 hónapban átlag 1,8-szor kerestek fel orvost betegség esetén (SD=2,63; Min=0; Max=20). 36,5% betegség esetén egyszer sem fordult orvoshoz (vagy nem volt beteg az elmúlt 12 hónapban). Átlag 2,72 napot (SD=10,65; Min=0; Max=145) voltak táppénzen a felmerést megelőző egy évben (75,5% egy napot sem ment táppénzre). A kiégés mértéke és a táppénzes napok száma között pozitív irányú korrelációs kapcsolatot találtam (p=0,015; r=0,156).

51,9% egyetlen krónikus betegségben sem szenved, 27,4%-nak egy; 14,5%-nak két; 3,3%-nak három szervrendszert érintő megbetegedése fordult elő a leggyakrabban, a többiek ennél több krónikus betegség egyidejű meglétéről számoltak be. 43 fő jelzett szív- érrendszeri, 27 fő csont- ízületi, 33 fő endokrin, 14 fő emésztőszervi, 13 fő nőgyógyászati, 10 fő légzőszervi, 6 fő daganatos, 5 fő kiválasztó szervrendszert, 3 fő pszichiátriai, 1 fő haematológiai betegséget. 32 fő szenved allergiában és 2 fő bőrgyógyászati betegségben. A krónikus betegségek száma alapján kialakított csoportok között nem találtam szignifikáns különbséget a kiégés átlagpontszámának tekintetében (p=0,082; F=1,982). Leginkább azon kollégák szenvednek a kiégéstől is, akinek három, vagy négy szervrendszert érintő krónikus megbetegedése van. Mindössze egy védőnő jelölt öt szervrendszert érintő krónikus betegséget, de ennek ellenére az ő kiégésszámának pontszáma a legalacsonyabb. (II. táblázat)

Krónikus betegségek száma	Válaszadók megoszlása	Kiégés átlagpont
0	51,9%	2,679
1	27,4%	2,848
2	14,5%	2,941
3	3,3%	3,565
4	2,5%	3,532
5	0,4%	2,381

II. táblázat: Krónikus megbetegedések száma és a kiégés kapcsolata (N=241)

Alvásminőség, alvaskörülmények és kiégés kapcsolata

Az alvásminőség szubjektív megítélésére (Milyennek ítéli meg alvását?) egy négyfokozatú Likert-skálát használtam (1=nagyon rossz; 2=rossz; 3=jó; 4=kiváló). A válaszadók 3,3%-a ítélte nagyon rossznak (kiégés átlagpontszám 3,79); 23,2%-a rossznak (kiégés átlagpontszám 3,41); 55,2%-a jónak (kiégés átlagpontszám 2,73); 18,3%-a kiválónak (kiégés átlagpontszám 2,09) alvásminőségét. Az elvégzett varianciaanalízis eredménye alapján megállapítható, hogy összefüggés van az alvásminőség megítélése és a kiégés mértéke között (p<0,001; F=19,144).

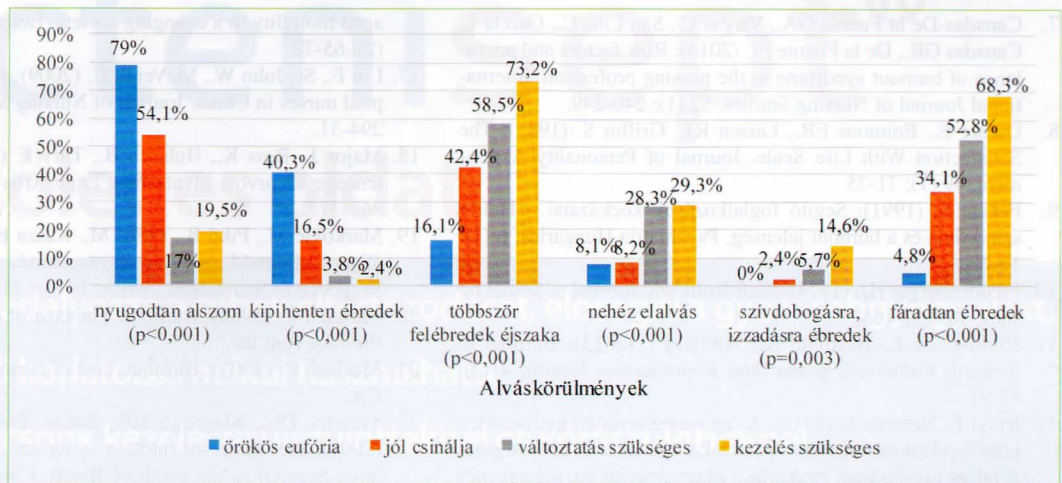
Az alvaskörülmények megítélésére egy hat kérdésből álló kérdéssorozatot alkalmaztam. A 4. ábrán látható, hogy a nyugodt elalvás és a kipihent ébredés szignifikánsan gyakrabban jelentkezik a kiégés által nem érintett válaszadók (örökös eufória és jól csinálja csoportok) körében, míg a többi, alvászavarra utaló tünet pedig a másik két kiégés csoportban fordul elő szignifikánsan gyakrabban. (4. ábra)

A napi alvás mennyisége is összefüggést mutatott a kiégés mértékével (p<0,001). A napi 8 vagy annál több órát alvással töltő védőnők 20,4%-a érintett a kiégés által, az 5-7 órát alvók esetében ez már 43,7%, a négy vagy annál kevesebb órát alvók esetében 75%.

Gyógyszerszedési szokások, káros szenvedélyek összefüggése a kiégéssel

A kérdőívet kitöltők 68%-a szokott orvosi javaslat nélkül gyógyszert szedni különböző panaszokra. A kiégés mértéke és az indokolatlan gyógyszerszedés között nem találtam összefüggést (p=0,545). Az orvosi javaslat nélkül gyógyszert szedők 23,2%-a tartozik a „változtatás szükséges”, és 18,3%-a „kezelés szükséges” csoportba, az öngyógyszerelést nem folytatónál ez az arány 19,5% és 14,3%. Altatót nem szed a válaszadók 95,9%-a, nyugtatót pedig 90%-a. Az örökös eufória csoportba tartozó védőnők közül senki nem szed altatót és nyugtatót, míg a változtatás szükséges és a kezelés szükséges csoportok-

4. ábra:
Alvaskörülmé-
nyek és kiégés
kapcsolata
(N=241)



ban ez az arány az altató esetében 90% körüli, a nyugtató esetében 81-85% körüli. Az altatószedés gyakorisága nem függ össze a kiégéssel ($p=0,051$), de a nyugtatószedés szignifikáns ($p=0,040$). Minél magasabb a kiégés, annál gyakrabban fogyasztják a megkérdezettek a nyugtatót. (III. táblázat) A rendszeresen altatót szedő három védőnő mindegyike, a rendszeresen nyugtatót szedő 8 fő közül pedig 6 a kiégés tüneteit mutatja.

A dohányzás és a kiégés között nem találtam összefüggést ($p=0,535$). A megkérdezettek 76,8%-a soha nem dohányzott, 15,4% már leszokott, alkalmanként dohányzik 3,7%, rendszeresen pedig 4,1%. A kávéfogyasztás rendszeressége és a kiégés mértéke között sem mutatkozott szignifikáns összefüggés ($p=0,128$). A megkérdezettek 27%-a nem fogyaszt kávé, 35,7% naponta egyszer, 25,7% naponta kétszer, 11,6% pedig naponta többször teszi ezt. Az alkoholtartalmú italok fogyasztásának gyakorisága és a kiégés mértéke között nincs összefüggés ($p=0,590$), a megkérdezettek 33,2%-a soha nem fogyasztja, 43,6% ritkábban mint havonta, 19,1% pedig havonta párszor. Hetente 1-2-szer 6 fő, naponta egyszer 3 fő, naponta többször pedig egy fő iszik alkoholt.

Következtetés

A felmérés célja volt feltárni a védőnők kiégtségének esetleges összefüggését az egészséggel, jól-léttel, étellel való elégedettséggel, illetve az alvaskörülményekkel és a káros szenvedélyekkel. A szakirodalmi adatokkal ellentétben a kiégésnek nem találtam összefüggését a felmérésben résztvevő védőnők esetében az életkorral, a családi állapottal, a gyermekek számával, az egészségügyben eltöltött évek számával, a gyógyszer abusussal, illetve a

káros szenvedélyekkel. A kiégésnek szakirodalmi adatokkal megegyező összefüggését sikerült bizonyítanom a védőnők esetében a havi túlóra mennyisége, a munkahelyi stressz mértéke, a negatív jól-lét, a pszichoszomatikus tünetek megléte, a táppénzes napok száma, a különféle alvászavarok, a nyugtatószedés esetében. A kiégésben nem szenvedő válaszadókra jellemző a magasabb fokú étellel való elégedettség, pozitív jól-lét, a szubjektív egészség jobb megítélése és a hosszabb ideig tartó, nyugodtabb alvás. A pszichoszomatikus tünetek közül leggyakrabban hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtság, alvási problémák és fejfájás fordultak elő a válaszadók körében, mely tünetek megegyeznek más, egészségügyi szakdolgozók körében végzett felmérés eredményeivel (19;23).

Felhasznált irodalom

1. Ádám Sz., Nistor A., Nistor K., Cserháti Z., Mészáros V. (2015): A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. Orvosi Hetilap, 256 (32): 1288-1297.
2. Alacacioglu A., Yavuzsen T., Dirioz M., Oztop I., Yilmaz U. (2009): Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. Psychooncology, 18 (5): 543-548.
3. Aldrees TM., Aleissa S., Zamakhshary M., Badri M., Sadat AM., (2013): Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine, 33 (5): 451-456.
4. Al-Turki HA. (2010): Saudi Arabian nurses are the prone to burnout syndrome? Saudi Medical Journal, 31 (3): 313-316.
5. Ayala E., Carnero AM. (2013): Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. PLOS ONE 8 (1): e54408.
6. Badburn NM. (1969): The structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine.

Fogyasztás gyakorisága	Fogyasztott gyógyszer	örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	kezelés szükséges	Összes
nem	altató	100%	97,6%	90,6%	92,7%	95,9%
	nyugtató	100%	90,6%	81,1%	85,4%	90%
alkalmanként	altató	0%	2,4%	7,5%	2,4%	2,9%
	nyugtató	0%	7,1%	11,3%	9,8%	6,6%
rendszeresen	altató	0%	0%	1,9%	4,9%	1,2%
	nyugtató	0%	2,4%	7,5%	4,9%	3,3%

III. táblázat: Altató és nyugtatószedés kapcsolata a kiégéssel (N=241)

7. Canadas-De la Fuente GA., Vargas C., San Luis C., García I., Canadas GR., De la Fuente EI. (2015): Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (1): 240-249.
8. Diener E., Emmons ER., Larsen RJ., Griffin S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1): 71-75.
9. Fekete S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és a burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6 (1): 17-29.
10. Freudenberger HJ. (1974): Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165.
11. Hildingsson I., Westlund K., Wiklund I. (2013): Burnout in Swedish midwives. *Sexual and Reproductive Health*, 4 (3): 87-91.
12. Irinyi T., Németh A. (2010): Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészhez! *Nővér*, 23 (5): 23-31.
13. Irinyi T., Németh A. (2012): A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiegész. *Nővér*, 25 (5): 12-18.
14. Kanai-Pak M., Aiken LH., Sloane DM., Poghosyan L. (2008): Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction, and quality deficit in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (24): 3324-3329.
15. Khanna R., Khanna R. (2013): Is medicine turning into unhappy profession? *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 17 (1): 2-6.
16. Kopp M., Skrabski Á., Réthelyi J., Kawachi I., Adler NE. (2004): Self related health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30 (2): 65-72.
17. Lin F., St. John W., McVeigh C. (2009): Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17 (3): 294-31.
18. Major J., Ress K., Hulesch B., Túry F. (2006): A kiegész jelensége az orvosi hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 16 (4): 367-373.
19. Markovic M., Pikó B., Piczil M., Kasza B. (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19 (3): 17-24.
20. Maslach C. (1982): Burnout: The cost of caring. New Jersey, Prentice Hall Inc.
21. Maslach C. (2003): Burnout: cost of caring. ISHK, Los Altos, CA.
22. Moreira DS., Magnago RF., Sakae TM., Magajewski FR. (2009): Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in the south of Brazil. *Canderos de Saúde Pública*, 25 (7): 1559-1568.
23. Németh A., Irinyi T. (2012): Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012. *Nővér*, 25 (4), 28-35.
24. Piko B., Barabás K., Boda K. (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3): 243-247.
25. Pines AM., Aronson E. (1981): Burnout: from Tedium to personal growth. New York City: The Free Press, 17-20.
26. Wu S., Zhu W., Wang Z., Wang M., Lan Y. (2007): Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (3): 233-239.

Hogyan válasszunk sebkezelő szert a gyerekeknek?

Otthonunkban leggyakrabban akut sebekkel találkozunk. Ilyenek például a horzsolt, vágott, metszett, szúrt, harapott, zúzott, roncolt sebek. Ide tartoznak a kémiai anyagok által okozott sérülések is. Ilyenek például a savas, vagy lúgos vegyszerek által okozott sebek. Valamint az égési és fagyási sérülések is.

A seb, vagyis a bőrön lévő folytonossági hiány, nyitott sérülés is számtalanféle lehet aszerint, hogy milyen erő, eszköz okozta, mekkora kiterjedésű felületen jelent meg, illetve milyen mélységre hatolt. Leírhatók aszerint is, hogy milyen fájdalommal, milyen intenzitású vérzéssel járnak, milyen sebüreg és sebszélek nyíltak meg és mekkora a sebfertőzés veszélye. Így a mechanikai hatás okozta sérülések közt megkülönböztetnek metszett, vágott, zúzott (horzsolt, roncolt), szúrt, szakított, harapott, lőtt stb. sebeket. A legkisebb fertőzésveszély a metszett és a vágott sebeknél van, ezeknél a sebszélek összeillenek. (Ilyen a nem baleset során, hanem sebészi beavatkozás miatt ejtett műtéti seb is.) A horzsolás felszíni, nem mélyre ható seb, csupán hámsérülés, de nemegyszer szennyezett tárggyal vagy talajjal érintkezve jön létre, így fertőtlenítésre ennél is szükség van.

A mélyre hatoló szúrt és a szabálytalan sebszélekkel tárogató szakított sebek esetében fokozottan számolni kell a fertőzés lehetőségével, és különösen nagy ennek a veszélye a harapás okozta sérüléseknél.

Itt a jó idő, egyre többet vagyunk a szabadban és mint tudjuk, a gyerekek esnek-kelnek. Sérülés esetén nehezen tudunk eligazodni a sebkezelő szerek, krémek világában. Minden esetben fontos a seb fertőtlenítése, amelyre legcélszerűbb

olyan szert használni, ami közvetlenül a sebbe is bekerülhet. A fertőtlenítőszereket többek között az különbözteti meg, hogy, hogy más a hatóanyaguk. A jó és klórhexidin tartalmú szerek mellékhatása, hogy citotoxikusak, ami anynyit jelent, hogy a fertőtlenítés mellett, visszavetik a sebgyógyulást, mivel károsítják a sejteket. A jó felszívódik a bőrfelületen keresztül is, így allergiás reakciót válthat ki. A felszívódás másik mellékhatása, hogy tartós használat esetén befolyásolhatja a pajzsmirigy működését.

Gyermekek esetében érdemes odafigyelni a seb vizuális megjelenésére, mivel a felnőttekkel ellentétben ők nem biztos, hogy minden esetben megfelelő visszajelzést adnak a sérülésről. A színes sebkezelő szerek hátránya, hogy elfedik a pirosodást, ami a gyulladás egyik tünete. Érdemes ezenkívül olyan terméket választani, amely nem csíp, nem irritálja a sebet.

A korábban elterjedt jódtinktúrát ma már nem forgalmazzák, mivel nem kerülhet a sebbe, használata kellemetlen, mert erősen csíp, ráadásul egyes személyeknél allergiás reakciót váltott ki. Napjainkban elterjedtek a povidon jódtartalmú (jódtartalmú) fertőtlenítőszerek, valamint a korszerű megoldások is, mint az Octenisept, az oktenidin-dihidroklorid és fenoxietanol tartalmú, vény nélkül kapható gyógyszer. Ez egy fertőtlenítő oldat, amely alkalmazható a sebkezelés támogatására, illetve a sebgyógyulás elősegítésére irányuló ismételt, rövid távú fertőtlenítésre. Nem szívódik fel, így nem allergizál. Színtelen, jódtmentes és nem csíp.

MALOVECZ ZSUZSANNA
Diplomás ápoló